

OBTURACIONES DE RESINA EN LA ZONA PROXIMAL

Víctor Lahoud Salem *

Palabras Clave: Resina. Restauración Clase II.

INTRODUCCION

Las restauraciones de resinas en la zona proximal serán en el futuro la alternativa más importante a la obturación de amalgama. El éxito y el fracaso dependen fundamentalmente de la indicación a causa de la compleja técnica de trabajo y de las características del material. El tratamiento de pequeños defectos, en particular lesiones primarias, presentan mejores posibilidades que las restauraciones de cavidades mayores.

Persiste cierta inseguridad al restaurar con resina las cavidades de clase II. Los principales argumentos esgrimidos contra su utilización en la zona oclusal son su escasa resistencia al desgaste, la contracción por la polimerización y su tendencia a la formación de fisuras en los márgenes.

RESISTENCIA AL DESGASTE

La escasa resistencia al desgaste del composite, en la zona lateral, es el argumento principal para ilustrar su ineficacia clínica. El desgaste causa en vivo una pérdida de sustancia y puede hacer peligrar el soporte oclusal. El desgaste en la zona oclusal sin contacto es de 3.5 menor que en la zona oclusal con contacto. Rulet, J. 1985. Los composites híbridos de partículas finas son superiores a los composites convencionales y a los microrrellenos por su comportamiento en el desgaste según su tipo, forma y tamaño y por la distribución de su relleno inorgánico Willems, G.; Lambrechts, P.; Braem, M. 1993. Dietshi, D. y Cols. 1989, concluyen, según sus estudios clínicos, que el desgaste aparece en mayor medida en los primeros meses después de su colocación, sin que se observe un aumento a lo largo del período de utilización. El desgaste no es, por lo tanto, el factor limitador; posiblemente sea el comportamiento del margen el que tenga mayor relevancia clínica.

COMPORTAMIENTO DEL MARGEN

Los composites híbridos se componen de un 70% de dióxido de silicio de un 30% de dimetacrilatos. Debido a la polimerización se produce una reducción del volumen de entre un 1.3 y un 3.5%, así como tensiones en el material del composite Krejci, I. 1991.

La condición del éxito clínico en las obturaciones con composite es el correcto uso de la técnica adhesiva. Un estudio clínico de Krejci, I y Colbs. 1990 demuestra dicha exigencia. En las cavidades mesiales oclusales distales se llevaron a cabo obturaciones sin utilizar la técnica de grabado ácido, y se realizó un seguimiento a intervalos regulares. Inmediatamente después de pulir las obturaciones se observaron imperfecciones en el margen que aumentaron durante el período de uso. Después de 2 años y medio se pudo constatar que el composite híbrido utilizado en este caso en cavidades sin grabar y de varias superficies no era adecuado. Los resultados insatisfactorios de este estudio se deben únicamente a la no utilización de la técnica de grabado ácido y no al material utilizado.

Un estudio clínico de 5 años llevado a cabo por Wilson, N. et al, con un índice de éxito del 86%, pudo demostrar que las imperfecciones del margen marginal aparecen con mayor frecuencia en restauraciones amplias que en pequeñas obturaciones de composite. Los autores achacan los fracasos son composite en zonas laterales más bien a errores en la manipulación por parte del clínico que a carencias propias del material Wilson, N. et al. 1988. Barnes, D. 1991, demostró que tras 8 años en la boca sólo la mitad de las obturaciones de composite presentaron una cualidad perfecta en el margen, visible después del acabado. Las fisuras del margen eran, sin embargo, moderadas y clínicamente aceptables.

ESTUDIOS CLINICOS DE LARGA DURACION

Los estudios en vivo que analizan el comportamiento del material durante un período prolongado de tiempo en la boca aportan al odontólogo índices valiosos sobre el éxito clínico esperado. Van Dijken, J. 1986, Pudo establecer una cuota de éxito de entre 85 y un 45%, comparando materiales de composites híbridos convencionales microrrellenados tras 6 años en la boca, aunque no se pudo demostrar una clara superioridad de un tipo de material teniendo en cuenta todos los criterios de evaluación. La caries secundaria fue la causa principal para renovar la obturación en un 18% de los casos. Los pacientes con un alto riesgo de caries presentaron un número significativo de caries en el margen de la obturación. Van Dijken, J. 1986. Barnes, et al, 1991, indicaron un índice de éxito de un 77% en obturaciones de clases I y II, tras 8 años en la boca. Se mencionaron como motivos de fracasos, las caries secundaria y el desgaste Barnes, D. 1991.

* Doctor en Odontología Profesor Principal del Departamento Académico de Estomatología Rehabilitadora. Fac. Odontología UNMSM.

Al desglosar las obturaciones fracasadas respecto al tamaño del efecto, se observa un aspecto importante. Necesitaron ser sustituidas 4 de un total de 59 obturaciones oclusales, 9 de 39 de dos superficies y 7 de 21 restauraciones MOD. Las obturaciones de pequeñas lesiones tuvieron más éxito que las de las cavidades MOD, lo que demuestra claramente que aspectos como el tamaño del defecto y la higiene oral del paciente tienen una influencia decisiva en el comportamiento de larga duración de las obturaciones del composite. Wilson, N. 1991.

INDICACIONES CLINICAS

Según los estudios clínicos de larga duración se pueden establecer reglas claras de indicación para utilización de composite en cavidades de clase II. Al obturar cavidades pequeñas, los resultados de larga duración son significativamente mejores. Ya que el tamaño de la cavidad constituye un parámetro decisivo en el éxito de la restauración, se debería valorar especialmente una preparación que sea respetuosa con la sustancia dental.

DISEÑO DE CAVIDADES

El diseño de la cavidad se rige según la caries existente. Las partículas de esmalte sin apoyo no se tocan, y los márgenes interproximales de la obturación se extienden mínimamente hacia vestibular o lingual. Se dejan de lado los elementos de la preparación retentivos, como la ampliación de la fisura Feilzer, A. 1987. El biselado del esmalte se debería realizar en la zona lateral, eliminando los ángulos del esmalte o extrayendo los prismas sueltos de éste. Esto se consigue de manera habitual mediante instrumentos diamantados rotativos, normalmente con lesiones en los dientes vecinos Lussi, A. 1993. Los instrumentos manuales no lesionan las superficies adyacentes, pero causan numerosos defectos en el margen.

ASLAMIENTO, TRATAMIENTO DE LA DENTINA Y EL ESMALTE

Las restauraciones adhesivas exigen un campo de

trabajo completamente seco, lo que hace indispensable el dique de goma. Una separación previa con cuñas de madera expansibles facilita una separación de los dientes y representa tras la polimerización del composite, la restauración del punto de contacto interproximal. Normalmente no se coloca una base en las cavidades sino que se utiliza el grabado completo (acondicionamiento de la dentina y del esmalte con ácido en el mismo proceso). El acondicionamiento del esmalte se realiza mediante ácido fosfórico al 37%, durante 30 segundos. En cavidades que no presentan circularmente una limitación completa del esmalte y deberían ser adheridas, se utilizan sistemas de unión de la dentina en diferentes capas o sistemas compatibles de un componente. Blunck, U., 1996.

MANIPULACION

La forma se debería realizar, dentro de lo posible, durante el período plástico, ya que el material sobrante no se extrae con facilidad después de la polimerización. Para extraer pequeños restos de composite se pueden utilizar inicialmente escalpelos con hojas curvas. El acabado rotatorio se puede llevar a cabo con diamantes de grano fino con discos de óxido de aluminio y con pulidores de goma de silicona. Se recomienda un último control de los posibles restos en la zona interproximal, una semana después de colocar la obturación.

CONCLUSIONES

La conclusión de los estudios científicos presentes nos permite afirmar que el desgaste ya no es el factor límite en el éxito de obturaciones de composite en la zona proximal. La contracción resultante, causada por la polimerización y las imperfecciones del margen marginal, sólo pueden controlarse con técnicas de aplicación muy laboriosas. El pronóstico es mejor en las obturaciones de pequeños defectos que en cavidades extensas, por lo tanto, debería darle más importancia a una preparación minimalista. El pronóstico de la obturaciones de composite es favorable si se tienen en cuenta las indicaciones, una correcta manipulación y una buena higiene oral.

BIBLIOGRAFIA

- BARNES, D.: A 5-and 8-year clinical evaluation of a posterior resin. Quintessence Int. 22: 143-151, 1991.
BLUNCKCK, U.: Dentin haftmittel un Kompomere. Quintessen 47: 19-35, 1996.
DEITSCHI, D.; CIUCHI, B.; HELZ, J.: A clinical trial of four ligh cu ring posterior composite resins. Quintessence Int. 20: 641-649, 1989.
FEILZER, A.: Setting of the restoration. J. Dent. Res. 66: 1636-39, 1987.
KREJCI, I.: Kinik Schweiz Monatssche Zahnmed. 101: 303-310, 1991.
LUSSI, A.: Verletzung der Nachbarzähne heir der preparation approxinialer Kaveten Schweiz

- Monatsschor Zahnmed. 105: 1259-1264, 1995.
RULET, J.: Degradation of Dental Polymers. Basilea: Karger, 1985.
VANDIJKEN, J.: A clinical evaluation of anterior conventional microfiller and hybrid composite resin fillings. Acta Odontl. Scand. 44: 357-367, 1986.
WILSON, N.; WILSON, M.; WASTELL, D.: Performance of oclusin in buttjoint and bevel edged preparations, five year result. Dent. Mater 7: 92-98, 1991.
WILSON, N.; WILSON, M. WASTELL, D.: A clinical trial of visible light cured posterior composite resin restorative material: five years results. Quintessence Int. 19: 657-681, 1988.